

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
"Красноярский государственный медицинский университет имени  
профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Заведующая кафедрой: д.м.н., доцент Березовская М.А.  
Проверила: д.м.н., доцент Березовская М.А.



## Реферат

Тема: Организация и структура психиатрической службы

Выполнил: ординатор 2 года обучения Карпов С.М.

Красноярск 2018г

## Рецензия

Данный реферат Карпова С.М. по дисциплине: "психиатрия" на тему: "Организация и структура психиатрической службы" от 2018 года актуален, содержание работы соответствует заявленной теме. Работа полностью раскрывает все аспекты исследуемого вопроса. Текст логичен, последователен. Замечаний к оформлению нет. Работа принята и оценена положительно.

Оценка: 5 баллов

Проверил: д.м.н., доцент Березовская М.А.



## Содержание

1. Организация и структура психиатрической службы РФ. Структурные подразделения и их функции
  2. Методы диагностики различных форм психологической патологии. Диагностическое значение сбора жалоб, анамнезов, исследований психического статуса. Вспомогательные методы диагностики
  3. Профилактика, терапия и реабилитация психических больных, проблема психологической профилактики психологических расстройств. Фармакотерапия: группы психотропных лекарственных средств. Психотерапия, виды и точки приложения. Проблемы реабилитации психических больных
- Список использованных источников

# **1. Организация и структура психиатрической службы РФ.**

## **Структурные подразделения и их функции**

В основе организации психиатрической помощи в РФ лежат три основных принципа:

дифференцированность (специализация) помощи различным контингентам больных, ступенчатость и преемственность помощи в системе различных, психиатрических учреждений.

Дифференциация помощи больным психическими болезнями отражена в создании нескольких видов психиатрической помощи. Созданы специальные отделения для больных с острыми и пограничными состояниями, с возрастными психозами, детские, подростковые и др. Органами социального обеспечения создаются дома для инвалидов (психиатрические интернаты), для хронических больных, органами просвещения - интернаты и школы для умственно отсталых детей и подростков.

Ступенчатость организации психиатрической помощи выражается в наличии максимально приближенных к населению внебольничной, полустационарной и стационарной помощи. Внебольничная ступень включает психоневрологические диспансеры, диспансерные отделения больниц, психиатрические, психотерапевтические и наркологические кабинеты при поликлиниках, МСЧ, а также лечебно-производственные, трудовые мастерские. В полустационарную ступень входят дневные стационары, в штатном отношении принадлежащие психоневрологическим диспансерам; в стационарную - психиатрические больницы и психиатрические отделения в других больницах.

Преемственность психиатрической помощи обеспечивается тесной функциональной связью психиатрических учреждений разных ступеней, что регламентируется положениями и инструкциями МЗ РФ. Это позволяет осуществлять непрерывное наблюдение за больным и его лечение при

переходе из одного лечебного учреждения в другое. В РФ установлен специальный учет психически больных, его осуществляют областные, городские и районные психоневрологические диспансеры, психоневрологические кабинеты районных поликлиник и центральные районные больницы, в которых органы здравоохранения обязывают иметь полные списки психически больных, проживающих на обслуживаемой ими территории. Система учета позволяет с достаточной степенью достоверности выявлять распространенность по стране основных форм психических болезней, в том числе легко протекающих и особенно так называемых пограничных состояний.

Установлению распространенности психических болезней способствует доступность и приближенность сети психоневрологических учреждений к населению и их контакт с неврологическими и другими медицинскими учреждениями. Для осуществления исследования распространенности психических болезней МЗ РФ разработаны и утверждены клинические критерии учета. Соответствующие документы адаптированы к Международной классификации болезней, составленной ВОЗ. На основе учетных данных и результатов клинико-статистических исследований, проводимых научными и практическими учреждениями, получают достоверные сведения о показателях распространенности психических болезней, их структуре и динамике. Приказ № 245 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Основывается на конституции РФ и правах человека. Лечение проводится при согласии больного, при этом необходимым условием является заполнение двух важных документов: согласие на госпитализацию и согласие на лечение.

Принудительная госпитализация осуществляется только если:

1. Есть угроза или непосредственная опасность деяний больного для него самого или окружающих.
2. Если психическое нарушение обуславливает его неспособность самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности.

3. Если оставление лица без психиатрической помощи может нанести вред его здоровью вследствие его психического состояния.

Подобные больные подлежат обязательному врачебному освидетельствованию комиссией врачей-психиатров в течение 48 часов, которая принимает решение об обоснованности госпитализации и заполняет соответствующую документацию. В случае необходимости госпитализации в суточный срок решение комиссии должно быть направлено в территориальный суд по месту нахождения психиатрического стационара. Суд обязан рассмотреть данное заявление в течение не более 5 суток и вправе отклонить или удовлетворить решение о госпитализации, санкция на пребывание пациента в стационаре и его срок дается судьей на срок, необходимый для рассмотрения заявления. Решение суда может быть обжаловано родителями (опекунами) в 10-дневный срок. Подобные больные подлежат ежемесячному переосвидетельствованию комиссией врачей-психиатров, решающей вопрос о продлении госпитализации или выписке больного.

Основными звеньями психиатрической помощи являются психоневрологический диспансер и психиатрическая больница, как правило, прикрепленная к диспансеру по территориальному признаку. Они оказывают психиатрической помощи населению, проживающему в определенном районе. При этом больница обслуживает больных нескольких диспансеров. Деятельность диспансеров построена по участково-территориальному принципу (участковый психиатр и его помощники оказывают психиатрическую помощь жителям определенной территории - участка).

Структура психоневрологического диспансера:

- а) лечебно-профилактическое отделение;
- б) экспертное отделение;
- в) отделение социально-трудовой помощи;
- г) лечебно-трудовые мастерские;
- д) дневной стационар;

- е) учетно-статистический кабинет;
- ж) детское и подростковое отделения;
- з) логопедический кабинет.

Детский психиатр осуществляет динамическое наблюдение за детьми и подростками от 5 до 15 лет. Он посещает детские сады и школы, выявляя нервных детей, детей с нарушенным поведением и умственно отсталых. Детский психиатр назначает им лечение, решает вопрос о типе школы, направляет при необходимости в больницу. Он ведет профилактическую и санитарно-просветительную работу среди родителей, педагогов и школьников. В специализированных (вспомогательных) школах для умственно отсталых детей обучаются дети со сниженным интеллектом.

Обучение ведется педагогами-дефектологами по облегченной программе и по специальным учебникам. Учеба сочетается с производственным обучением. В эти учебные заведения больных направляет специальная комиссия в составе представителей отдела народного образования, педагогов-дефектологов и детского врача-психиатра.

Лечебно-трудовые мастерские - это одно из важных звеньев в структуре психиатрических учреждений. Они имеют не только непосредственно лечебное значение (трудотерапия), но и являются этапом широкой реабилитационных мероприятий, которым в последние годы уделяется все большее внимание. Усложняющаяся система трудовых заданий позволяет значительно повысить уровень реадaptации больного.

Дневной стационар - новая форма амбулаторного лечения психически больных. В дневном стационаре находятся больные с не резко выраженными психическими нарушениями и пограничными состояниями. В течение дня больные получают лечение, питание, отдыхают, а вечером возвращаются в семью. Лечение больных без отрыва от обычной социальной среды способствует предупреждению социальной дезадаптации и явлений госпитализма.

Скорая психиатрическая помощь. Медицинский персонал скорой и

неотложной психиатрической помощи круглосуточно выезжает по вызовам учреждений, предприятий и отделений милиции, а в часы, когда не работают диспансеры - по всем вызовам, которые обычно адресуются участковым психиатрам. Врач-психиатр, приехавший на вызов, решает вопрос о необходимости госпитализации в зависимости от состояния больного и конкретной обстановки. Главная задача медицинского работника при оказании помощи возбужденному больному до прибытия специализированной помощи состоит в обеспечении безопасности самого больного и окружающих его людей (изоляция в отдельное помещение, удерживание или принудительная иммобилизация, тщательный осмотр вещей и т.д.)

Подчеркивается, что необходимость организации специализированных отделений связана с особенностями течения и лечения ряда заболеваний или ухода за некоторыми категориями больных или с целевой установкой. Новые принципы содержания и лечения больных предполагают уменьшение размеров палат, выделение вспомогательных помещений для развития самообслуживания больных, значительное расширение мест дневного пребывания и создание условий для широкого применения социально-культурных мероприятий. Детские отделения должны находиться в обособленных помещениях, и в них, наряду с лечебной, всегда организуется специальная педагогическая работа. Для более полного и всестороннего обслуживания и лечения больных в психиатрической больнице создаются диагностические лаборатории - психологическая, клиническая, биохимическая, генетическая, электроэнцефалографический кабинет, физиотерапевтическое, рентгенологическое отделения, постоянная высококвалифицированная консультативная помощь специалистов в области соматической медицины.

## **2. Методы диагностики различных форм психологической патологии**

Диагностическое значение сбора жалоб, анамнезов, исследований психического статуса. Вспомогательные методы диагностики. В клинической психологии диагностика может служить трем целям: отнесение какого-то индивида (шире — какой-то единицы) к какому-то классу системы классификации, объяснение трудностей и проблем, которые ставятся в конкретном случае, и подготовка терапевтического решения. Диагностика как отнесение индивида к элементу системы классификации в научно-теоретическом отношении представляет собой наблюдение поведения индивида в релевантных для него ситуациях, ориентируясь при этом на достаточные и необходимые законы манифестации для отдельных категориальных понятий. Если рассматривать диагностику как объяснение, то можно опираться на уже введенные понятия объяснения. Объяснительный аргумент соответствует диагностической систематизации, antecedentные условия образуют диагноз. Когда в конкретном случае ищут диспозиционное или историко-генетическое объяснение какого-то расстройства, установление antecedentных условий всегда требует, чтобы был поставлен диагноз. А когда в конкретном случае ставится диагноз, это всегда приводит к дистанционному и/или историко-генетическому объяснению, каким бы несовершенным оно ни оказалось. Диагностика не только стремится к идентификации и объяснению, но равным образом служит подготовке терапевтических решений. Однако, анализируя эту функцию, мы выходим за пределы сферы клинической психологии как науки и переходим в область клинической психологии как технологии и прикладной сферы. Клинико-психологическая диагностика имеет следующие функции: описание, классификация, объяснение, прогноз, оценка, которые могут относиться как к отдельным индивидам, так и к межличностным системам (партнерам, семьям, группам, организациям) и имеют значение и для исследования, и для практики. В зависимости от функции и цели выбираются разные

диагностические концепции и процессы, а также, не в последнюю очередь, разные методы обследования. Описание проблемы или расстройства (главные и сопутствующие признаки; степень выраженности - продолжительность, интенсивность, частота возникновения и глубина проблемы; обстоятельства, при которых происходит возникновение или обострение патологического состояния);

Формальная классификация проблемы или расстройства (определение типа);

Объяснение возможных причин или условий возникновения проблемы или расстройства;

Прогноз развития проблемы или расстройства (формулирование предположений о развитии патологического состояния в определенных обстоятельствах);

Общая психологическая оценка (позволяет составить дальнейший план действий и затем оценить их эффективность в процессе сравнения оценки до начала и после окончания терапевтических воздействий)

Традиционная личностная диагностика представляет собой диагностику свойств. Ее цель — предсказать поведение, основываясь на базовых свойствах личности, в значительной мере определяющих поведение конкретного человека. Гипотеза о наличии свойств, которые никак не зависят от времени и ситуации, не нуждается в наблюдении и измерении поведения в разных жизненных ситуациях. Теоретические рамки для диагностики свойств есть, в частности, в моделях личности Кеттела и Айзенка; кроме того, диагностика свойств присутствует в понятии «факторы большой пятерки».

Основными задачами исследования в клинической психологии является обнаружение изменений отдельных психических функций и выявление (выделение) патопсихологических синдромов. Под патопсихологическим синдромом понимают патогенетически взаимообусловленную и взаимосвязанную общность симптомов, признаков

ответов по большому количеству вопросов. Такой подход нужен лишь на первой стадии исследования для первичной ориентировки в проблеме.

Интерактивные методы (от англ. Interact — взаимодействовать) предполагают исследование личностных особенностей на основе взаимодействия исследователя и испытуемого. В данном случае контакт с испытуемым не исчерпывается вербальной коммуникацией и может включать также совместные действия. Примером служат диагностические игры, широко применяемые при диагностике уровня психического развития ребенка, а также в детском психоанализе, где игра выступает в качестве соответствующего возрасту эквивалента метода свободных ассоциаций (знаменитая «игра в песочнице» — «sand play»). Психобиографические методы направлены на изучение личности (как правило, выдающейся) по имеющимся документам ее биографии. Первоначально психобиография, как специфическая система методов, возникла в рамках психоанализа З. Фрейда, которому принадлежат образцы психологических биографий ярких деятелей мировой культуры и истории (Леонардо да Винчи, Ф.М. Достоевский, президент США Вудро Вильсон). Дальнейшее развитие получила в трудах его последователей — неофрейдистов («Молодой Лютер» Э. Эриксона, психологический портрет Гитлера в теории деструктивности Э. Фромма). На основе психобиографического подхода сложилось особое направление — психоистория, у истоков которого стоял Э. Эриксон. К этой же группе исследований могут быть отнесены так наз. «патографии» великих людей, начиная со знаменитой работы Ч. Ломброзо «Гениальность и помешательство». Психогенетические методы призваны установить соотносительное влияние наследственности (генотипа) и среды на формирование индивидуальных и типологических особенностей психики. Тесно переплетаются с методами генетики. Наиболее информативен близнецовый метод — стратегия исследования, предложенная Ф. Гальтоном в 1875 г. Заключается в сопоставлении психологических качеств монозиготных близнецов, имеющих идентичный генный набор, и дизиготных, генотипы которых различны. Данный метод базируется на предпосылке, что близнецы подвергаются приблизительно одинаковому влиянию факторов среды, и

сходство монозиготных близнецов должно быть большим, чем сходство дизиготных. Предназначен для выявления роли генотипа и среды в процессе формирования исследуемого психологического качества или целого ансамбля свойств личности.

Анализ продуктов деятельности базируется на предпосылке, что в любых проявлениях творческой активности человека находят выражение (проецируются вовне) значимые личностные свойства, актуальные потребности, эмоциональные состояния, особенности самовосприятия и самооценки. Данный вид анализа распространяется на рисунки, тексты, характерные признаки почерка, сложные художественные объекты и т.д.

Один из методов данной группы — контент-анализ (дословно «анализ содержания») предполагает исследование документов или любых других источников и позволяет выделить определенные смысловые единицы содержания и формы передачи информации в каком-либо тексте. На основе характерных элементов формы и содержания некоторого сочинения делаются выводы о психологических особенностях его автора, социальной группы или эпохи.

### **3. Профилактика, терапия и реабилитация психических больных, проблема психологической профилактики психологических расстройств**

Фармакотерапия: группы психотропных лекарственных средств. Психотерапия, виды и точки приложения. Проблемы реабилитации психических больных

Все реабилитационные мероприятия должны быть нацелены на вовлечение самого больного в лечебно-восстановительный процесс. Реабилитовать больного без его активного участия в этом процессе невозможно. Этот принцип реабилитации психически больных назван

крайне редко, поэтому режимные ограничения должны применяться только в необходимых случаях и таким образом, чтобы больной не мог этого отчетливо ощутить.

Социореабилитационные мероприятия должны осуществляться поэтапно.

Первый этап - восстановительная терапия, включающая в себя предотвращение формирования дефекта личности, развития госпитализма, восстановление нарушенных болезнью функций и социальных связей.

Второй этап - реадaptация. Этот этап предусматривает различные психосоциальные воздействия на больного. Важное место здесь отводится трудовой терапии с приобретением новых социальных навыков, психотерапевтическими мероприятиями, проводимым не только с больным, но и с его родственниками.

Третий этап - возможно более полное восстановление прав больного в обществе, создание оптимальных отношений его с окружающими, оказание помощи в бытовом и трудовом устройстве.

Таким образом, система реабилитационных мероприятий включает в себя разнообразные биологические и социально-психологические воздействия, направленные на восстановление оптимального уровня жизнедеятельности больного.

Профилактика любых заболеваний, в том числе психических, согласно классификации ВОЗ, подразделяется на первичную, вторичную и третичную. Первичная психопрофилактика включает мероприятия, препятствующие возникновению нервно-психических расстройств. Вторичная психопрофилактика объединяет мероприятия, направленные на предупреждение неблагоприятной динамики уже возникших заболеваний, их хронизации, на уменьшение патологических проявлений, облегчение течения болезни и улучшение исхода, а также на раннюю диагностику. Третичная психопрофилактика способствует предупреждению неблагоприятных социальных последствий заболевания, рецидивов и дефектов, препятствующих трудовой деятельности больного и приводящих к инвалидизации. Существуют и другие взгляды на психопрофилактику: первичная психопрофилактика складывается из общих мероприятий,

направленных на повышение уровня психического здоровья населения, и специфической части, которая включает раннюю диагностику (первичный уровень), сокращение числа патологических нарушений (вторичный уровень) и реабилитацию (третичный уровень). Для первичной психопрофилактики особенно значимы психогигиена и широкие социальные мероприятия по ее обеспечению. Важное значение имеют борьба с инфекциями и предупреждение травматизма, устранение патогенного воздействия окружающей среды, вызванного экологическим неблагополучием. Первичная профилактика родовых черепно-мозговых травм и асфиксии, которые нередко являются причиной различных, в том числе инвалидизирующих заболеваний (некоторые формы эпилепсии, олигофрении, СДВГ, ядерные формы психопатий и др.), находится преимущественно в сфере деятельности акушеров-гинекологов. К задачам первичной психопрофилактики относится также выявление лиц с повышенной угрозой заболевания (преморбидно наименее устойчивых) или ситуаций, несущих в себе угрозу психических расстройств для лиц, оказавшихся в них, вследствие повышенного психического травматизма, и организация психопрофилактических мер по отношению к этим группам и ситуациям. Важную роль при этом играют такие области, как медицинская психология, педагогика, социология, юридическая психология и др., разрабатывающие рекомендации по правильному воспитанию детей и подростков, выбору профессиональной ориентации и профессиональному отбору, организационные и психотерапевтические мероприятия в остроконфликтных производственных ситуациях, превентивные меры в отношении семейных конфликтов, профессиональных вредностей и т.д. В качестве профилактических мер наиболее значимая роль принадлежит психологической коррекции.

Психологическая коррекция - это система психологических воздействий, направленных на изменение определенных особенностей (свойств, процессов, состояний, черт) психики, играющих известную роль в возникновении болезней. Психологическая коррекция не направлена на

изменение симптоматики и вообще клинической картины болезни, т.е. на лечение. В этом заключается одно из важных отличий ее от психотерапии. Она применяется на донологическом уровне, когда психическое расстройство еще не сформировалось, а при сформировавшемся психическом заболевании для его лечения применяется психотерапия, которую проводит врач-психотерапевт, имеющий психиатрическую подготовку.

Важную роль в развитии психопрофилактики играют совершенствование структуры и увеличение числа различных психиатрических, психотерапевтических и психологических учреждений, особенно приближенных к населению (дневных стационаров, ночных профилакториев, психоневрологических и психотерапевтических кабинетов при поликлиниках, кризисных центров, психологической службы по телефону и т.п.), а также совершенствование методов диагностики и лечения больных с начальными, легкими формами психических расстройств.

Среди нервных болезней наиболее часто встречаются неврозы: неврастения, истерия, психастения и др. Наиболее характерными симптомами неврозов являются." быстрая утомляемость, головная боль, расстройство сна, раздражительность, повышенная эмоциональность, неадекватная реакция на обычные раздражители, истерические припадки и др. При неврозах нередко нарушается функция вегетативной нервной системы (вегетоневроз), что приводит к расстройствам функции сердечнососудистой системы (сердцебиение, боли в области сердца, повышение артериального давления), нарушениям функции желудочно-кишечного тракта (нарушения аппетита, запоры, поносы, боли в животе) и других органов. Для различных психических заболеваний имеются характерные симптомы, совокупность которых составляют синдромы.

Например, маниакальный синдром сопровождается повышенным

#### Рациональная терапия

Основной инструмент психотерапевта - убеждение, доводы и доказательства, воздействие направленно на разум (рацио) пациента.

Эффективность данного метода зависит от авторитетности терапевта и от тех доводов и доказательств, которые он приводит. Диалог должен строиться на

основе «Я - Ты» и должен быть обращен именно к пациенту.

#### Психоанализ

Классический психоанализ основан на выявлении в бессознательной части психики травмирующих факторов. Психическая энергия (либидо, так ее называл родоначальник психоанализа З. Фрейд) в результате определенных событий, была подавлена, следствием чего, явилось изменение психологического состояния личности.

#### Поведенческая терапия

Ключевой момент - условный рефлекс, когда-либо выработанный, и превший к ухудшению состояния. Психотерапевт выявляет условные рефлексы, которые являются травмирующими, и помогает выработать новые или обесценить выявленные.

#### Телесно-ориентированная терапия (кинезиотерапия)

Так как психика полностью отражается в теле человека, определенные психические проблемы приводят к появлению мышечных зажимов в теле, выявление этих зажимов и устранение их через тело, приводит к изменениям в психике человека. Психотерапевт в работе использует массажные и другие виды движений, направленные на снятие «мышечного панциря».

#### Психодрама

Основным элементом данного метода является ролевая игра. Проигрывание различных ситуаций приводит к разрешению проблем, спонтанная игра приводит к инсайту, в результате которого происходят изменения в реагировании и поведении человека в реальной жизни.

#### Арт-терапия

## **Список использованных источников**

1. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. — М.: 2016..
2. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. -СПб.: 2008.
3. Николаева В.В., Соколова Е.Т. Рекомендации к составлению психологических заключений - М.: 2010.
4. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психопатологии. — М.: 2009. .